

**A PROPOS DE 5 OBSERVATIONS  
DE CESARIENNES POST-MORTEM  
ET DE 5 AUTRES OBSERVATIONS  
DE CESARIENNES CHEZ DES FEMMES  
EN DANGER DE MORT IMMINENTE**

---

**THÈSE**

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 25 FÉVRIER 1964

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

**RAISON Michel**

Né le 17 Juin 1930 à PARIS (4<sup>e</sup>)





A PROPOS DE 5 OBSERVATIONS  
DE CÉSARIENNES POST-MORTEM  
ET DE 5 AUTRES OBSERVATIONS  
DE CÉSARIENNES CHEZ DES FEMMES  
EN DANGER DE MORT IMMINENTE

---

## PERSONNEL DE LA FACULTÉ

### Doyens honoraires :

MM. J. LÉPINE  
H. HERMANN

Membre de l'Institut.  
Correspondant de l'Institut.

### Doyen :

J.F. CIER

**Assesseurs :** MM. M. LEVRAT  
L. REVOL

### PROFESSEURS HONORAIRES

MM. COLLET, GUIART, PATEL, LÉPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATÉ, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET

### PROFESSEURS

|                                 |                                                            |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------|
| MM. CIBERT                      | Clinique urologique                                        |
| PONTHUS<br>(détaché à Beyrouth) | Physique biologique                                        |
| DECHAUME                        | Clinique neuro-psychiatrique et d'Hygiène mentale          |
| CHAMBON                         | Chimie organique et Toxicologie.                           |
| WERTHEIMER                      | Clinique chirurgicale B                                    |
| PAUPERT-RAVAULT                 | Clinique médicale B                                        |
| FROMENT                         | Clinique et Prophylaxie cardio-vasculaires                 |
| CROIZAT                         | Clinique médicale C.                                       |
| ENSELME                         | Chimie biologique et médicale.                             |
| MALLET-GUY                      | Clinique chirurgicale A.                                   |
| REVOL                           | Pharmacie galénique                                        |
| POLLOSSON                       | Clinique gynécologique                                     |
| PIGEAUD                         | Clinique obstétricale                                      |
| BOURRET                         | Médecine du Travail.                                       |
| LEVRAT                          | Clinique médicale A.                                       |
| SOHIER                          | Hygiène et Action sanitaire et sociale.                    |
| NETIEN                          | Botanique et cryptogamie.                                  |
| BERTRAND                        | Clinique chirurgicale C.                                   |
| BADINAND                        | Chimie analytique pharmaceutique.                          |
| DREVON                          | Pharmacie chimique et pharmacologie                        |
| ROCHE                           | Médecine légale et déontologie.                            |
| COUDERT                         | Parasitologie et Pathologie exotique.                      |
| MOUINER-KUHN                    | Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie    |
| PAUFIQUE                        | Clinique ophtalmologique                                   |
| THIERS                          | Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie   |
| BRUN                            | Clinique de pneumo-phtisiologie.                           |
| CREYSSEL J.                     | Clinique traumatologique des membres.                      |
| DARGENT                         | Clinique carcinologique                                    |
| GUICHARD                        | Anatomie pathologique.                                     |
| GIRARD P.                       | Pathologie générale et expérimentale.                      |
| LATARJET                        | Anatomie                                                   |
| PEYCELON                        | Pathologie chirurgicale                                    |
| GIRARD M.                       | Thérapeutique.                                             |
| VACHON                          | Pathologie médicale.                                       |
| GALY                            | Physio-pathologie des voies respiratoires.                 |
| PAPILLON                        | Radiologie                                                 |
| JEUNE                           | Clinique des maladies infectieuses                         |
| GONIN                           | Hydrologie thérapeutique, Climatologie et Ecologie sociale |
| MONNET                          | Bactériologie                                              |
| BANSSILLON                      | Physiologie et pathologie obstétricales                    |
| CHATONNET                       | Physiologie B                                              |
| GUINET                          | Clinique endocrinologique                                  |
| TRILLAT                         | Clinique de Chirurgie orthopédique                         |
| FREIDEL                         | Clinique Stomatologique                                    |
| MARION J.                       | Clinique de Chirurgie et d'Orthopédie infantiles           |
| DORCHE                          | Matière médicale et législation pharmaceutique             |
| DUMONT L.                       | Histologie et embryologie                                  |
| PERROT                          | Chimie                                                     |
| CIER J.F.                       | Physiologie A                                              |
| PERRIN J.                       | Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire         |
| MICHAUD P.                      | Clinique de Chirurgie cardiaque                            |
| X...                            | Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge      |
| X...                            | Biologie médicale et pharmacodynamie                       |

## PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

|            |                                            |
|------------|--------------------------------------------|
| MM. BERGER | Physique nucléaire appliquée à la médecine |
| BERTOYE A. | Bactériologie                              |
| MANSUY     | Neuro-chirurgie                            |
| COLLET     | Chimie pharmaceutique                      |
| SARROUY    | Clinique de Pédiatrie                      |
| LACROIX    | Climatologie                               |
| LIARAS     | Clinique chirurgicale propédeutique        |
| LECUIRE    | Neuro-chirurgie                            |
| REVOL      | Médecine générale                          |
| GOINARD    | Thérapeutique chirurgicale                 |

## PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

|           |                                     |
|-----------|-------------------------------------|
| MM. ROMAN | Parasitologie                       |
| CIER A.   | Pharmacie chimique et Pharmacologie |
| FEROLDI   | Anatomie pathologique               |
| MORET     | Physique biologique                 |

## MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS TITULAIRES

|                |                          |                |                             |
|----------------|--------------------------|----------------|-----------------------------|
| MM. CREYSEL R. | Chimie biologique        | MM. TOMMASI    | Anatomie pathologique       |
| THIVOLET       | Hygiène                  | BUFFARD        | Electro-radiologie          |
| GARIN          | Parasitologie            | LEJEUNE        | Méd. gén. et thérapeutique  |
| PINET          | Electro-radiologie       | de MOURGUES F. | Stomatologie                |
| ODDOUX         | Botanique et cryptogamie | NAUSSAC        | Maladies infectieuses       |
| De SOLLIERS    | Chimie analytique        | REBOUILLAT     | Chirurgie générale          |
| TOLOT          | Médecine du Travail      | ROMAGNY        | Pédiatrie                   |
| DESPIERRES     | Médecine générale        | DELAHAYE J.    | Médecine générale           |
| GUYOTAT        | Neuro-psychiatrie        | DELEUZE R.     | Anesthésiologie             |
| DESCOTES       | Chirurgie générale       | GIRAUD M.      | Electro-radiologie diagnos- |
| JOUVET         | Pathologie expérimentale |                | tic et thérapeutique.       |
| PEYRIN         | Physique biologique      | MICHEL         | Anesthésiologie             |

## MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS STAGIAIRES

|             |                           |                  |                            |
|-------------|---------------------------|------------------|----------------------------|
| MM. DUROUX  | Anatomie                  | MM. MALLEIN      | Chimie analytique          |
| BRETTE      | Thérapeutique             | RIFFAT           | Hygiène                    |
| BOUCHET     | Anatomie                  | FAUCON           | Biologie médicale et phar- |
| FAVRE-GILLY | Hématologie               |                  | macodynamie                |
| GIROD       | Histologie et embryologie | FLANDROIS        | Physiologie                |
| GRAS        | Chimie biologique         | VIALLEUR-RAYNARD | Bactériologie              |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

|                    |                           |             |                           |
|--------------------|---------------------------|-------------|---------------------------|
| MM. BURTHIAULT     | Obstétrique               | MM. ALLEGRE | Neuro-chirurgie           |
| R. FRANCOIS        | Pédiatrie et Puériculture | CHASSARD    | Electro-radiologie        |
| GIGNOUX            | Oto-rhino-laryngologie    | FAYSSÉ      | Orthopédie                |
| GUILLEMIN          | Chirurgie générale        | GAILLARD    | Oto-rhino-laryngologie    |
| JAUBERT de BRACQUE | Chirurgie générale        | GARDE       | Médecine générale         |
| MARION P.          | Chirurgie générale        | HUGONNIER   | Ophthalmologie            |
| PLAUCHU            | Médecine générale         | KALB        | Pneumo-physiologie        |
| PONT               | Médecine générale         | LARBRE      | Médecine générale         |
| SAUTOT             | Chirurgie générale        | MARET       | Chirurgie générale        |
| TRAEGER            | Médecine générale         | MORNEX      | Médecine générale         |
| VIGNON             | Médecine générale         | NORMAND     | Médecine générale         |
| BONAMOUR           | Ophthalmologie            | PERRIN A.   | Médecine générale         |
| COLIN              | Médecine légale           | BETHENOD    | Pédiatrie et puériculture |
| COLOMB             | Dermatologie              | DUMAS       | Stomatologie              |
| De MOURGUES G.     | Chirurgie générale        | FRIES       | Médecine générale         |
| DEVIC              | Médecine générale         | GARMIER     | Obstétrique               |
| DUMONT M.          | Obstétrique               | LAMBERT     | Médecine générale         |
| DURAND             | Urologie                  | MICHOULIER  | Chirurgie générale        |
| FRANCILLON         | Chirurgie générale        | NOEL        | Médecine générale         |
| SAUBIER            | Chirurgie générale        | ROBERT      | Médecine générale         |
| SCHOTT             | Neuro-psychiatrie         | SCHNEPP     | Orthopédie                |

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PIGEAUD, Président : MAGNIN, BURTHIAULT, NOTTER, Assesseurs.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



**A PROPOS DE 5 OBSERVATIONS  
DE CESARIENNES POST-MORTEM  
ET DE 5 AUTRES OBSERVATIONS  
DE CESARIENNES CHEZ DES FEMMES  
EN DANGER DE MORT IMMINENTE**

---

**T H È S E**

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 25 FÉVRIER 1964

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

**RAISON Michel**

Né le 17 Juin 1930 à PARIS (4<sup>e</sup>)



IMPRIMERIE DES BEAUX-ARTS  
CAMILLE ANNEQUIN, 19, RUE ROUX-SOIGNAT, LYON

1964



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

## A MES PARENTS

Je leur dois tout.

Puisse ce modeste travail les assurer de toute  
mon affection pour eux.

## A MA FEMME

Compagne des bons et mauvais jours.

Avec toute ma tendresse.

## A MES ENFANTS, BRIGITTE ET PASCALE

## A TOUS LES MIENS



## A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur PIGEAUD

Professeur de Clinique Obstétricale  
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon

Nous le remercions bien vivement de l'honneur  
qu'il nous fait en acceptant la Présidence de  
notre thèse.

Avec notre respectueuse gratitude et notre  
profonde admiration.



## A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Agrégé P. MAGNIN

Accoucheur des Hôpitaux

Nous avons vivement apprécié, tout au long de nos études, la valeur de son enseignement.

Il nous a accueilli avec une extrême cordialité et a bien voulu juger notre travail.

Nous l'assurons de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Agrégé R. BURTHIAULT

Accoucheur des Hôpitaux

Nous sommes heureux de le compter parmi nos juges. Séduit par son extrême gentillesse, nous le prions de trouver ici nos remerciements et notre sincère attachement.

Monsieur le Professeur Agrégé A. NOTTER

Gynécologue - Accoucheur des Hôpitaux

Avec notre reconnaissance pour l'intérêt qu'il a bien voulu porter à notre travail.

A Monsieur le Docteur NEUMANN

Chef de Clinique de la Faculté

Ce travail est aussi le sien.

Il a bien voulu nous confier le sujet de cette thèse, et nous prodiguer son temps et ses conseils.

Qu'il soit assuré de notre profonde gratitude.

A NOS MAITRES  
DU CENTRE HOSPITALIER DE TROYES

Monsieur le Docteur GUNY

Il a su guider nos pas hésitants. Nous lui exprimons notre très vive reconnaissance et notre respectueux attachement.

Monsieur le Docteur RICHARD

Nous nous souvenons avec émotion des leçons de bon sens clinique et d'humanité puisées auprès de lui.

Monsieur le Docteur COLOMB

Il a su nous faire comprendre et aimer un des domaines les plus difficiles de la Médecine.

Monsieur le Docteur TEQUI

Nous le remercions bien vivement pour l'extrême cordialité de son accueil.

Monsieur le Docteur MAZURE

Nous avons été séduit par la précision et l'habileté de son geste opératoire.

A MES ASSOCIÉS ET AMIS

Monsieur le Docteur CUINET

Il nous a accueilli comme un fils.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de  
ma gratitude et de mon émotion.

Monsieur le Docteur VASSAL

Monsieur le Docteur GALABRU

Mes Camarades d'Internat

La destinée a bien voulu ne pas nous séparer.

## INTRODUCTION

---

C'est probablement depuis l'origine de l'humanité que les hommes ont fait la distinction entre la vie maternelle et la vie foétale intra-utérine.

Depuis les temps les plus obscurs, la mythologie grecque et romaine nous transmettent la narration colorée de divers exemples d'opérations post-mortem.

La césarienne fut probablement la première grande intervention dans l'histoire de l'humanité.

La naissance d'Asclépios, Dieu de la Médecine, donna lieu à une aventure dramatique. Coronis fut tuée par Apollon pour avoir cédé à l'amour d'un mortel, mais au moment où le corps de celle-ci, placé sur le bûcher allait être atteint par la flamme, Apollon retira du cadavre l'enfant qui s'y trouvait.

Sémélé fut foudroyée par la beauté de son amant Zeus, mais celui-ci arracha du sein de la mère l'enfant encore vivant, l'enferma dans sa propre cuisse, et lorsque vint le terme, l'enfant sortit parfaitement formé.

Le jeune Dionysos — le deux fois né — fut alors confié à ses nourrices.

L'histoire romaine nous rapporte des interventions de ce genre menées à bien.

Le nom d'opération césarienne ne vient pas comme on le dit souvent, de ce que la mère de César aurait la première subi cette opération pour mettre son fils au monde. La légende de sa naissance ne date seulement que du moyen-âge, et n'est que le résultat d'une interprétation fantaisiste d'un texte obscur de PLINE.

S'il n'est pas possible de rattacher l'origine étymologique du terme de césarienne au nom du grand empereur romain, il faut

probablement le rechercher dans le terme « cæsones », né par incision du ventre, issu du terme latin « cædere » couper.

Scipion l'Africain dut la vie à cette même opération et le nom de César ou de Cæso qu'ont porté plusieurs personnages romains désignait en général les enfants venus au monde de cette façon.

Les philosophes Gorgias et Trismégestes naquirent de cette façon.

Mais on ne pratiquait cette intervention que sur le cadavre. Une loi de Numa Pompilius exigeait en effet que lorsqu'une femme enceinte mourait, l'enfant fut extrait sans retard de son sein. C'est aussi sur la femme morte que la loi chrétienne prescrivit l'opération césarienne en vue de baptiser l'enfant.

L'hystérotomie ne fut pratiquée pour la première fois sur le vivant que vers le quinzième siècle, et ce fut Andreas NUFFER, châtreur de porcs de son état, qui se livra le premier à cette intervention, sur sa femme agonisante.

Conséquence inéluctable, l'intervention césarienne était suivie d'un exitus maternel rapide et Ambroise Paré condamne de telles pratiques.

Jane Seymour, mère d'Edouard VI l'aurait subie avant de mourir. Il s'agit probablement de la première intervention pré-mortem connue.

---

## ASPECT MÉDICO-LÉGAL

---

La pratique des hystérotomies post-mortem, mais surtout des césariennes chez des malades agonisantes, a longtemps posé d'importants problèmes juridiques, actuellement pratiquement résolus, depuis la séance de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon du 3 Mars 1958, en partie consacrée à ce problème.

Faut-il ou non avoir le consentement des parents, du mari en particulier, pour pouvoir pratiquer une intervention césarienne sur une morte ou une moribonde?

Certains auteurs pensaient que cette autorisation était nécessaire ; d'autres au contraire, que le médecin pouvait s'en passer et devait même opérer en cas de refus.

En ce qui concerne la césarienne post-mortem, l'intervention a été mise en parallèle avec une autopsie. On a le droit de pratiquer l'ouverture de l'utérus, car la loi donne toute liberté au Chef de service, sous réserve de certaines formalités qui peuvent être remplies immédiatement après, de pratiquer l'autopsie dans un but scientifique sans l'autorisation familiale.

Soulignons, par ailleurs, que depuis 1947 la césarienne post-mortem est légalement pratiquée dans certains hôpitaux, sans l'assentiment de la famille (Décret du 20 Octobre 1947).

Les problèmes soulevés par la pratique des césariennes chez les malades moribondes paraissent beaucoup plus délicats à résoudre.

Au point de vue religieux et déontologique, la pratique de telles interventions est parfaitement licite.

En ce qui concerne l'aspect médico-légal du problème, la plupart des auteurs pensent que l'accord de la famille ou du mari, tout en étant hautement souhaitable, n'est pas nécessaire ; et si le médecin n'obtient pas l'assentiment des proches, il peut et doit

même s'en passer. En effet, il est obligé ici de porter secours à une personne en danger, sous peine d'être passible du délit d'abstention, et de tomber ainsi sous le coup de la loi édictée le 25 Octobre 1941, qui punit celui qui omet de porter secours à personne en péril, si, faute d'être secourue, cette personne a perdu la vie ou souffert d'une grave lésion corporelle.

Sur ce sujet, LATTUADA concluait en déclarant que personne n'a le droit de priver de vie un individu, délibérément, intentionnellement. L'obligation de sauver la vie d'un foetus humain, quand cela peut être fait sans détruire ou porter préjudice à une autre vie, est impérative.

Actuellement, la question est pratiquement éclaircie à la suite des travaux de la Société d'Obstétrique de Lyon du 3 Mars 1958 (Monsieur CONTAMIN). Le médecin reste le seul juge de la conduite à tenir et peut recourir, en dernier ressort, à l'autorité judiciaire pour lui permettre de passer outre à une décision familiale sans fondement sentimental, notoirement dictée par un bas intérêt.

---

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU FOËTUS EXTRAIT PAR CÉSARIENNE ANTE ET POST-MORTEM

---

Du point de vue histologique, le foetus né d'une intervention césarienne pré ou post-mortem peut voir se surajouter, aux lésions possibles dues à sa prématuration éventuelle, les lésions engendrées par les divers facteurs de morbidité ayant entraîné l'exitus maternel.

### A. — Structure histologique liée à la prématuration.

Ces lésions sont contingentes et nous les étudierons rapidement.

La définition du prématuré est la suivante :

— est considéré comme prématuré tout enfant pesant moins de 2.500 grammes, quelle que soit la chronologie par rapport à la naissance. Par ailleurs il existe incontestablement des prématurés pesant plus de 2.500 grammes.

Ils sont extrêmement fragiles, et la mortalité primaire s'établit encore autour de 30 %, malgré nos procédés modernes de réanimation et les soins dont ils sont entourés.

Le système nerveux est immature, il a grand mal à faire les frais de la régulation thermique, de la fonction respiratoire... et la fréquence des hémorragies méningées trouvées chez lui constitue un important facteur de mortalité.

Après avoir beaucoup souffert de l'hypoxie maternelle, s'ajoutera après son extraction, une hypoxie d'origine foetale, par anomalie du tissu pulmonaire, résultant de l'immaturité ou de la persistance de la structure alvéolaire immature retentissant d'une façon fâcheuse sur les échanges gazeux au niveau de l'alvéole.

**B. — Lésions histologiques liées aux circonstances particulières ayant précédé l'extraction utérine.**

Aux lésions spécifiques dues à la prématuration fœtale possible se surajoutent les lésions dues à l'anoxie maternelle. Ces lésions sont d'autant plus graves et irréversibles qu'elles se produisent dans les organes les plus différenciés. (Lésions histologiques de l'anoxie. MM. RIBADEAU, DUMAS).

1° Ce sont d'abord les dégâts méningo-encéphalitiques qui vont décider du pronostic fœtal.

Pour que l'anoxie se manifeste macroscopiquement à l'examen post-mortem, il faut que celle-ci se produise d'une façon progressive et surtout continue, car en cas d'anoxie brutale, aucune lésion tissulaire n'est macroscopiquement visible.

L'anoxie donne naissance à une souffrance capillaire avec réaction vaso-motrice intense occasionnant une congestion des organes particulièrement nette au niveau du cerveau qui présente un aspect périphérique congestif extrêmement important : vont apparaître d'abord des localisations multiples d'un œdème cérébro-méningé, puis un piqueté hémorragique de la substance blanche et des noyaux gris centraux, puis, naît l'hémorragie cérébrale et au stade ultime, la nécrose.

Ces lésions vont retentir sur la fonction pulmonaire et la régulation respiratoire du fœtus en créant ainsi « le poumon cérébral » de REILLY.

Quant aux méninges, elles sont le siège des mêmes phénomènes : aspect congestif, œdème, piqueté hémorragique, hémorragies en foyer.

2° Au niveau de l'appareil respiratoire, il peut s'agir d'une véritable asphyxie mécanique, par inhalation du liquide méconial retrouvé dans les alvéoles, réalisant un syndrome d'obstruction alvéolaire.

L'anoxie, quelle qu'en soit sa cause, provoque chez le fœtus des mouvements respiratoires in utéro avec pénétration de liquide amniotique dans les poumons. Avec ce liquide sont aspirés de nombreux corps étrangers en suspension entre autres des produits de desquamation tégumentaires : vernix caseosa, mucus, déchets

fibrineux, et surtout le meconium expulsé au cours de la souffrance foetale. Ces divers corps étrangers, s'ils sont en quantité abondante, provoquent une obstruction broncho-alvéolaire plus ou moins complète donnant naissance à un syndrome asphyxique, créant ainsi « la submersion intra-utérine ». En ce cas, l'obstruction bronchiolaire peut réaliser si elle est totale l'atélectasie du parenchyme alvéolaire intéressé. Plus souvent cette obstruction est incomplète et entraîne des modifications mécaniques (zones d'emphysème...) et surtout des complications infectieuses.

Surajouté à ces phénomènes obstructifs, peut exister un syndrome d'irritation pulmonaire grave d'origine neurologique. C'est le « poumon cérébral » microscopiquement caractérisé par une angio alvéolite, un épaississement des parois alvéolaires, une dilatation des capillaires pouvant aller jusqu'à la rupture et enfin au dernier stade la formation de multiples infarctus avec thromboses.

3° En ce qui concerne les autres organes, l'aspect est sensiblement identique, et l'on se trouve en présence de lésions congestives et ecchymotiques, avec hémorragies capillaires plus ou moins importantes et quelquefois même réalisant des infarctus viscéraux multiples.

Les surrénales sont parsemées d'hémorragies intra-capsulaires bilatérales, le foie très congestif prenant un aspect pétéchiial, l'intestin grêle est turgescent et congestif.

L'anoxie se manifeste aussi au niveau des séreuses et les lésions trouvées sur la plèvre et le péricarde sont identiques aux lésions méningées : ils sont parsemés de petites taches hémorragiques de 2 à 3 mm de diamètre environ.

4° Si toutes les lésions ci-dessus décrites sont compatibles avec une survie prolongée, peuvent se surajouter des dégâts causés par des phénomènes infectieux.

Dans certains cas, le processus infectieux aigu à l'origine de la mort maternelle pourra s'étendre à la sphère foeto-placentaire, persister chez l'enfant après l'extraction, en se localisant plus particulièrement sur certains viscères, en particulier dans le domaine méningitique ou bien le domaine broncho-pulmonaire.

Nous rapportons plus loin l'observation d'une intervention ante mortem pratiquée par M. MERGER, en 1950, avec transmission

directe du bacille de Koch par voie trans-placentaire, dissémination hématogène et greffe sur de nombreux viscères fœtaux.

Nous ne possédons que fort peu de comptes rendus d'autopsies et d'examen anatomo-pathologiques de fœtus ayant décédé intra-utéro après la mort de la mère. De tels examens ont cependant été pratiqués, et en particulier ceux que SIMMONS et ELLIS nous rapportent en 1949, à propos d'une césarienne post-mortem pratiquée chez une femme décédée d'une poliomyélite antérieure aiguë à forme bulbaire rapidement mortelle.

L'intervention pratiquée permit de mettre au jour deux jumeaux, le premier qui ne put être réanimé, le deuxième qui décéda treize jours après l'intervention.

Les lésions macroscopiques et microscopiques découvertes chez ces deux enfants sont identiques à celles qui sont déclenchées par une anoxie prolongée.

En ce qui concerne le premier jumeau : congestion vasculaire du cerveau à prédominance sur la substance blanche, notamment dans les lobes pariétaux avec infiltration hémorragique des plexus choroïdes.

Microscopiquement : lésions dégénératives de type anoxique des cellules nerveuses de la substance grise du cerveau et de la moelle, particulièrement les régions thalamiques, avec multiples hémorragies pétéchiâles dans la substance blanche cérébrale.

Grandes régions d'atélectasie, et de grandes régions d'emphysème dans les poumons.

Il n'a pas été découvert de lésions de poliomyélite.

En ce qui concerne le deuxième jumeau : cyanose de la surface corporelle. Hémorragies en foyer sur le péricarde, autour des gros vaisseaux de la base du cœur. L'examen du cerveau montre une hyperhémie méningée.

Microscopiquement, petites hémorragies en foyer à l'intérieur du myocarde.

La plupart des alvéoles pulmonaires sont atélectasiées, bien que quelques-unes soient partiellement remplies de liquide, de sang et de nombreuses cellules épithéliales, les bronchioles sont remplies d'un contenu similaire.

Pas de lésions évidentes de poliomyélite dans les viscères examinés.

Pour les deux enfants, les causes de la mort paraissent donc être dues à la prématurité et à l'anoxie (atélectasie bilatérale et hémorragies en foyer du cœur, des poumons, du thymus, du cerveau, etc...).

---



## ÉTUDE STATISTIQUE

---

Les interventions césariennes pré et post-mortem ont été pratiquées de tous temps. Peu ont été couronnées de succès. La littérature mondiale en est avare avant le XVIII<sup>e</sup> siècle.

Dans un rapport publié en 1879, DUER en dénombre trente-six publiées dans le monde, couronnées de succès au cours du XVIII<sup>e</sup> et du XIX<sup>e</sup> siècle. Depuis, la liste s'est notablement allongée.

En 1956, MM. John KELLY et Hébert WINSTON en rassemblent un total de soixante quinze cas dans la littérature du XX<sup>e</sup> siècle, ce qui porte à 111 le nombre des interventions ayant permis de donner naissance à un enfant vivant, jusqu'à cette date.

Nous en reproduisons un tableau emprunté à M. KELLY, et publié en 1956, dans la Revue Américaine d'Obstétrique.

| Causes de la mort maternelle               | Nombre de cas |
|--------------------------------------------|---------------|
| Eclampsie . . . . .                        | 39            |
| Tuberculose . . . . .                      | 31            |
| Cardiopathies . . . . .                    | 7             |
| Maladies hypertensives . . . . .           | 5             |
| Cardiopathies rhumatismales . . . . .      | 2             |
| Accidents . . . . .                        | 5             |
| Pneumopathies . . . . .                    | 4             |
| Anévrysmes . . . . .                       | 3             |
| Anévrysmes disséquant . . . . .            | 2             |
| Rupture d'anévrysme syphilitique . . . . . | 1             |
| Anesthésie intra-rachidienne . . . . .     | 3             |
| Choléra . . . . .                          | 2             |
| Poliomyélite à forme bulbaire . . . . .    | 2             |
| Péritonite (origine inconnue) . . . . .    | 1             |
| Gangrène du cou . . . . .                  | 1             |
| Etiologies inconnues . . . . .             | 13            |

111

Les interventions césariennes pré et post-mortem jouissaient jadis d'une réputation détestable. Il est évident que les cent onze

cas cités ci-dessus ne sont que les heureuses exceptions de multiples interventions tentées. L'opinion générale était à ce point pessimiste que la plupart des auteurs pensaient que ces interventions n'étaient pas justifiées.

Actuellement, malgré nos procédés modernes de réanimation foétale, les statistiques sont encore le reflet d'un sombre pronostic.

Dans un rapport récent publié aux U.S.A. en 1961, BEHNEY collectionne 135 cas d'enfants vivants délivrés par une césarienne post-mortem pour la durée du XX<sup>e</sup> siècle.

Sur ces 135 cas, 27, soit 37,5 % d'enfants sont nés vivants mais sont morts avant d'avoir quitté l'hôpital et seulement 11, soit 15,3 %, sortirent de l'hôpital et sont en bonne santé, après un délai s'étalant de 3 ans à 8 ans et demi, avec un développement staturo-pondéral normal.

VERMELIN et RIBON déclarent que les trois-quarts des enfants extraits après césarienne post-mortem meurent entre 30 minutes et 3 jours après leur naissance.

Pour PAILLIEZ, les résultats de l'intervention post-mortem sont encore très décevants, et il estime la mortalité foétale à 70 % environ.

L'enfant souffre habituellement de l'hypoxie maternelle. De plus, la césarienne post-mortem peut rarement être réalisée avec la précocité désirable, et la période agonique aggrave considérablement les risques foétaux.

L'intervention en période agonique ou pré-agonique donne à l'enfant le maximum de chances car elle permet de l'extraire avant la constitution de lésions organiques irréversibles dues à l'anoxie, aboutissant à la mort foétale quelques heures à quelques jours après l'intervention.

Pour M. KADERAS DE KERLEAU, les chances de survie du fœtus ne dépassent pas 5 %, lorsqu'il s'agit d'une césarienne post-mortem, et s'élèvent à 75 % lorsque cette intervention est pratiquée en période pré-agonique.

Mais il faut reconnaître que la césarienne ante-mortem (mis à part les cas de coma éclamptique) est rarement réalisée.

En 1954, nous n'en connaissions que quatre cas publiés :

— le premier cas de M. DIGONNET, intervenant durant le coma d'une apoplexie séreuse post-arsenicale.

— le deuxième cas de M. PIGEAUD, durant le coma d'une tumeur cérébrale.

— le troisième cas de M. MERGER, durant la période agonique d'une méningite tuberculeuse.

— le quatrième cas, pour un cancer du sein, avec métastase vertébrale à évolution foudroyante au cours de la grossesse, qui provoque une paraplégie au septième mois et un coma agonique au huitième mois.

La césarienne ante-mortem est pratiquement toujours dictée par les signes de souffrance fœtale, l'intervention sans délai étant alors la seule chance d'avoir un enfant vivant.



En fait, l'enfant qui naît par césarienne pré ou post-mortem est dans la situation suivante :

1) **C'est parfois un grand prématuré** qui aura à souffrir :

- de l'immaturité de son système nerveux, avec le retentissement sur les grandes fonctions vitales que cet état implique,
- de l'immaturité du tissu pulmonaire, dont la structure alvéolaire est peu préparée aux échanges gazeux.

2) **C'est un enfant qui aura très probablement souffert** de l'affection maternelle ayant entraîné ou favorisé la mort.

3) **C'est un enfant qui aura certainement profondément souffert de l'hypoxie et de l'anoxie maternelle terminale** ayant le plus souvent occasionné des dégâts irréparables au sein des tissus nobles de son organisme.

En conclusion, au moment de l'extraction foetale, nous aurons affaire avec :

- 1) un prématuré
  - 2) un anoxique, qu'il faudra oxygéner
  - 3) un shoké, à réanimer
  - 4) quelquefois un noyé, à désobstruer
  - 5) la plupart du temps un grand infecté.
-



## ÉTUDE DES PRINCIPAUX FACTEURS INTERVENANT DANS LA VIABILITÉ FOÉTALE APRÈS INTERVENTION CÉSARIENNE ANTE ET POST-MORTEM

---

En fait, de multiples facteurs interviennent dans le sauvetage foetal.

Parmi les facteurs les plus importants, nous retiendrons :

- 1° le type et la rapidité de la mort maternelle ;
- 2° l'importance du retentissement de la maladie maternelle sur le foetus ;
- 3° la plus ou moins grande prématuration foétale ;
- 4° la rapidité plus ou moins grande de la délivrance de l'enfant après la mort de la mère ;
- 5° les soins de réanimation prodigués à l'enfant.

### TYPE ET RAPIDITÉ DE LA MORT MATERNELLE

EASTMAN note le peu de fréquence de survivance des enfants lorsque la mort maternelle est due à une affection chronique retentissant gravement sur le foetus, spécialement lorsque le stade terminal est associé à une affection cyanogène.

Parallèlement, GREENHILL fait remarquer la plus grande fréquence de résultats heureux lorsque la mère est décédée dans des conditions brutales.

## IMPORTANCE DU RETENTISSEMENT DE LA MALADIE MATERNELLE SUR LE FOËTUS

C'est surtout à la fin de la gestation, pendant les trois ou quatre derniers mois, que la croissance et le développement staturo-pondéral du fœtus sont les plus importants. C'est en effet à ce moment que les agressions extérieures et les accidents dysmétaboliques seront ressentis avec le plus d'acuité. C'est aussi à cette période que le besoin d'oxygénation des tissus est le plus grand. Fait encore plus marquant, la sénescence placentaire des derniers mois a pour conséquence directe, une diminution des échanges d'oxygène entre les circulations fœto-placentaire et maternelle (M. SNOECK, de Bruxelles). C'est donc au cours du dernier trimestre de la gestation que le fœtus va se trouver dans un état d'équilibre respiratoire assez instable et que vont retentir sur lui toutes les affections maternelles ayant pour conséquence directe une diminution de l'apport d'oxygène, telles qu'en réalisent l'insuffisance cardio-respiratoire, les anémies importantes, les troubles de vascularisation placentaire. Toutes ces étiologies ont un funeste retentissement sur la trophicité fœtale.

### **I. — Les insuffisances cardio-respiratoires.**

Citons brièvement :

- toutes les cardiopathies décompensées,
- l'insuffisance respiratoire d'origine tuberculeuse, d'origine asthmatique,
- les pneumopathies chroniques, surtout au stade ultime, alors qu'elles sont accompagnées de cyanose et de dyspnée,
- les pneumopathies aiguës surtout lorsqu'elles aggravent une insuffisance respiratoires chronique.

### **II. — Les anémies, les spoliations sanguines importantes ou répétées,**

telles que peuvent en constituer les hémorragies du placenta previa, par exemple.

### **III. — Les troubles de la vascularisation placentaire :**

les néphropathies gravidiques constituent actuellement

une des causes les plus fréquentes de mortalité in utéro. Elles sont en effet susceptibles de déclencher chez le fœtus de très gros troubles vasculaires et en particulier dans les formes hypertensives agissant directement sur la vascularisation placentaire,

les néphrites chroniques,

l'hypertension artérielle,

l'éclampsie. Chez les éclamptiques, l'autopsie des enfants décédés in utero a montré la très grande fréquence des hémorragies cérébro-méningées et il est possible d'établir un parallèle entre ces hémorragies fœtales et celles des mères décédées au cours d'accès éclamptiques.

Il faut souligner que, à elle seule, l'anoxie maternelle accompagnant la période de coma est suffisante pour créer de petites hémorragies dans la sphère cérébro-méningée et cérébelleuse, mais dans l'anoxie, les lésions sont minimes, se traduisant par un piqueté hémorragique, alors que l'on sait maintenant que certaines affections maternelles (éclampsisme surtout dans sa forme convulsive) sont capables de déclencher d'importantes hémorragies fœtales par un mécanisme d'altération de la résistance capillaire ou même de la coagulation sanguine.

A ce propos, en conclusion, tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître les heureux résultats de l'oxygénation maternelle lorsque la période agonique se prolonge.

Cependant, il faut noter que le fœtus ne participe pas toujours aux accidents présentés par l'organisme maternel : ainsi, dans le cas de l'apoplexie séreuse post-arsenicale de M. DIGONNET, l'autopsie maternelle a montré l'existence d'une infiltration œdémateuse diffuse intéressant la quasi totalité des viscères sauf l'utérus qui ne présentait pas d'œdème. L'enfant s'est particulièrement bien développé.

## IMPORTANCE DE LA PRÉMATURATION FŒTALE

Pour les auteurs anglo-saxons, la grossesse doit dater de vingt-huit semaines au moins, avec les meilleures conditions. En-dessous de cette date, la prématuration est trop importante et la viabilité fœtale très aléatoire.

Nous avons vu au chapitre précédent que l'aspect histologique

des tissus nobles du grand prématuré était incompatible avec une survie prolongée.

## RAPIDITÉ DE LA DÉLIVRANCE DE L'ENFANT APRÈS LA MORT DE LA MÈRE

Tout le monde est d'accord pour déclarer que l'enfant doit être extrait le plus rapidement possible, les chances de survie de l'enfant décroissant en raison géométrique du temps écoulé.

L'intervention en période pré-mortem diminue au maximum les souffrances fœtales.

En ce qui concerne les interventions post-mortem, l'extraction de l'enfant dans les dix minutes qui suivent l'exitus maternel semble un délai optimum. Si l'opération se fait plus tardivement ; l'anoxie et la submersion intra-utérine vont handicaper lourdement l'avenir, et constituer des lésions anatomiques fœtales irréversibles incompatibles avec une survie prolongée.

Pour VEHASKARI, il n'y a plus d'espoir de survie passé le délai de vingt-cinq minutes après la mort de la mère, mais jusqu'à ce délai l'intervention peut être logiquement tentée.

Il faut noter à ce sujet une communication étonnante de MM. CANTONI et RASORI (Parme, 1960) : ces deux praticiens font état d'une césarienne post-mortem pratiquée approximativement quarante-cinq minutes après la mort clinique de la mère, avec extraction d'un enfant vivant. La patiente, une femme âgée de vingt-quatre ans, était décédée soudainement, et, à partir du moment de la mort, on avait introduit de l'oxygène pur, par intubation trachéale, ceci dans l'intérêt du fœtus jusqu'au moment de son extraction. En ce qui concerne cette observation, on voit assez mal comment l'oxygène a pu être véhiculé jusqu'à la circulation fœto-placentaire puisque la mort maternelle avait été cliniquement confirmée quarante-cinq minutes auparavant.

## SOINS DE RÉANIMATION PRODIGUÉS A L'ENFANT

C'est surtout en ce domaine que les progrès sont les plus sensibles. Aspiration bronchique, oxygène, procédés modernes de

réanimation, présence d'un personnel qualifié, enfant placé en incubateur et rigoureusement surveillé dans les suites de la délivrance, ont permis des sauvetages inespérés.

Il n'est pas dans l'esprit de ce travail de passer en revue toutes les techniques de réanimation, qui sont actuellement bien codifiées. Citons simplement pour mémoire et d'une façon très schématique les différentes manœuvres pratiquées.

Elles se proposent plusieurs buts :

1) Manœuvres mécaniques visant à faire fonctionner l'appareil « cœur-poumons » :

désobstruction des voies aériennes supérieures par aspiration, et désobstruction profonde par intubation trachéo-bronchique en cas d'aspiration amniotique massive.

oxygénation par injection intra-alvéolaire directe d'oxygène, contrôle et traitement des crises d'apnée.

tous ces problèmes sont pratiquement réglés par l'emploi d'appareils type « resuscitator » et par les procédés de respiration assistée.

par ailleurs, la régulation thermique est actuellement correctement assurée par les incubateurs qui procurent une atmosphère filtrée avec taux d'oxygène variable à la demande.

2) Plus délicates sont les thérapeutiques visant à faire fonctionner les centres cérébraux ayant sous leur contrôle les grandes fonctions vitales de l'organisme :

certaines médications susceptibles de stimuler l'action des centres respiratoires sont connues de longue date et universellement employées. Il s'agit des analeptiques classiques, type lobéline, caféine... Ils ont rendu et rendent encore de réels services.

Actuellement, à cet arsenal thérapeutique classique viennent s'ajouter les analeptiques cardio-respiratoires modernes (micorène, soludécadron...), médicaments très actifs sur lesquels il est logique de fonder de gros espoirs.

3) L'administration large d'antibiotiques, et de façon systématique, permet de lutter efficacement contre l'infection.

Il est probable qu'en ce domaine l'amélioration des techniques de réanimation, des locaux spécialement aménagés et un personnel bien éduqué permettront une augmentation du pourcentage de sauvetage fœtal.

Parmi tous les différents facteurs que nous venons d'exposer, il est extrêmement malaisé de dire celui qui occupe une importance prépondérante pour la survie fœtale.

Plusieurs observations surprenantes ont été publiées. Il s'agissait soit d'une très grande prématuration fœtale, soit d'une agonie maternelle extrêmement prolongée dans laquelle s'intriquaient cachexie, dyspnée, anoxie, soit d'un important délai entre la mort maternelle et l'intervention. Certaines ont été couronnées de succès, et nous reproduisons pour exemple l'observation de M. CHAPPAZ, rapportée dans le Bulletin de gynécologie et obstétrique, Juillet 1950.

Mme K..., 28 ans, est admise à la maternité du Centre Régional hospitalier de Reims, le 29 Décembre 1949.

Elle est enceinte de 6 mois 1/2.

Soignée depuis 1945, pour une tuberculose pulmonaire évolutive bilatérale (streptomycine, pneumothorax abandonné depuis quelques mois).

Cette malade a été traitée pendant cinq ans pour une syphilis acquise. Les réactions sérologiques sont depuis longtemps négatives.

Le mari, un Arabe, est paraît-il soigné pour tuberculose évolutive et syphilis.

La malade a eu une grossesse interrompue à 5 mois, en 1945, et un macéré à 6 mois, en 1946.

Malade amaigrie, mais conservant un appétit normal. Pyrexie : 37°8, 38°. A la radiographie, lésions disséminées dans les deux champs pulmonaires.

Nous espérons que cet état de rémission se prolongera jusqu'au terme de la grossesse, et nous prescrivons de la streptomycine et du P.A.S.

Entre le 28 Décembre et le 13 Janvier, se produisent deux hémoptysies de gravité moyenne, mais à partir du 13 Janvier survient une aggravation brutale de l'état général, avec des symptômes évidents de méningite. La ponction lombaire confirme le diagnostic. La grossesse se poursuit (7 mois) et nous envisageons dès ce moment, de prolonger autant que faire se pourra, la vie de cette malheureuse, pour pratiquer une césarienne post-mortem aussi près que possible du terme de la grossesse.

Le 1<sup>er</sup> Février (grossesse de 7 mois), la cachexie est extrême, confusion mentale, alimentation impossible ; on continue le traitement par de la streptomycine intra-rachidienne.

Le 10 Février, le même état s'est poursuivi ; de temps à autre la malade a repris connaissance, s'est alimentée légèrement. Mais elle entre dans le coma. Nous prévenons le mari de notre intention de pratiquer une césarienne post-mortem. Sans protester formellement, il ne nous donne pas son assentiment. Nous décidons, le décès devant survenir dans notre service, de passer outre.

L'agonie se prolonge jusqu'au 12 Février à 2 heures. **Pendant tout ce temps, la malade reçoit de l'oxygène sous pression, destiné plus au fœtus**

qu'à elle-même. Les bruits du cœur de l'enfant sont régulièrement auscultés ; vers la fin, ils sont plus rapides, avec quelques périodes d'arythmie. Depuis 3 jours, la salle d'opération est prête pour l'intervention. Tout est prévu pour un transport rapide du lit de la malade à la salle d'opération.

A une heure, la malade, plongée dans un profond coma, est descendue et placée confortablement sur un brancard, près de la table d'opération. Nous guettons, mon interne et moi, son dernier souffle. L'oxygène est toujours employé.

A deux heures, nous percevons un dernier hoquet. Mon interne, sur mon indication, **sectionne rapidement la radiale droite. Le sang ne s'écoule pas ; la mort est réelle.** Je pratique aussitôt, après iodage de la paroi et avec toutes les précautions habituelles, une section rapide de la paroi et de l'utérus et j'extrais une fillette en état de mort apparente. **Il s'est écoulé environ 3 minutes depuis la mort de la mère.** Je laisse à mon interne et à son externe le soin de restaurer utérus et paroi.

L'enfant est « noyée », elle a vraisemblablement respiré lorsque la circulation placentaire a cessé. Après 10 minutes d'efforts, elle est ranimée et geint faiblement. Elle pèse 2.000 grammes. On la place sous la tente à oxygène. Cinq ou six heures plus tard, elle crie normalement.

Cette enfant est nourrie avec du lait de femme. La croissance est rapide. A six semaines, elle pèse 3.000 grammes. Une cuti-réaction à la tuberculine est pratiquée tous les huit jours. Elle ne peut malheureusement pas être isolée dans un incubateur, le Centre n'en possédant pas encore.

Le père nous impose le choix entre l'acceptation de sa visite fréquente à l'enfant ou sa reprise à domicile. (Nous rappelons qu'il est soigné pour tuberculose pulmonaire).

Le 30 Mars, la cuti-réaction devient faiblement positive, la courbe de croissance s'infléchit, l'enfant est mutée au service de tuberculose infantile. Quelques jours plus tard, les signes de tuberculose pulmonaire sont évidents, puis ce sont les symptômes chimiques et biologiques de méningite tuberculeuse. Cependant le traitement a été commencé au début même de la maladie (Streptomycine intra-rachidienne, P.A.S.). La maladie évolue, contrôlée par le laboratoire, car cliniquement, après un plateau d'une quinzaine de jours, la courbe de poids remonte très normalement.

Evolution favorable ensuite.

Cette observation intéressante à plusieurs titres encourage une « attitude interventionniste » même dans les cas qui paraissent désespérés, malgré la croyance généralement admise qu'une survie de l'enfant est pratiquement impossible lorsque la grossesse est éloignée du terme chez une malade pour laquelle l'agonie est longue et pénible ; certains cas « limites » ont vu une issue heureuse grâce à l'initiative et à la diligence du personnel médical, aux soins apportés avant la mort maternelle, et à la réanimation post-opératoire.

Une autre observation de césarienne post-mortem (relatée par M. LACOMME, en 1939, dans un Bulletin de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique) présente un double intérêt.

L'extraction de l'enfant, un prématuré au 8<sup>e</sup> mois, n'a été pratiquée qu'un quart d'heure au moins après la mort de la parturiente.

Le décès de l'enfant survenu 48 heures après l'intervention, doit être rattaché à sa grande prématuration et sa débilité plus qu'aux lésions provoquées par l'éclampsie maternel.

Une primigeste de 25 ans est amenée à la Clinique Baudelocque, le 20 Avril 1938, dans le coma.

La gestation, arrivée au 8<sup>e</sup> mois, a été régulièrement suivie. Au 5<sup>e</sup> mois, des traces d'albumine, sans hypertension (11.8) avaient fait prescrire un traitement lacto-végétarien. L'albuminurie avait disparu. Au dernier examen, le 2 Avril, les urines étaient normales. Le 19 Avril à 22 heures, sans prodromes, dit le mari, est survenue une crise convulsive avec un court coma. De nouvelles crises ont apparû à partir de 4 heures du matin et se sont répétées à intervalles rapprochés.

A 10 heures, au moment de l'entrée, le coma est profond, la face cyanosée et bouffie. Il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs. La tension artérielle est à 19,5 - 13, le pouls est régulier à 80. Les urines contiennent 12 grammes d'albumine. Température : 37°2. Bruits du cœur foetaux audibles. Aucun signe de travail. On administre aussitôt 1 centigramme de morphine et on fait une saignée de 550 grammes qui ramène la tension artérielle à 15,5-11. Malgré quoi, à 10 h 35, survient une crise éclamptique. La tension artérielle remonte à 20,5-13. Nouvelle crise convulsive à 10 h 55 au cours de laquelle la phase tonique se prolonge et la mort survient.

Les bruits du cœur foetal étant encore perçus, on pratique aussitôt une césarienne ; à 10 h 10 environ, on extrait un enfant de 1.450 grammes en état d'apnée, mais avec des battements cardiaques à peu près réguliers. On parvient à le réanimer. Il vivra 48 heures, et sa mort survenue inopinément au cours d'un accès de cyanose paraît devoir être attribuée à son état de prématuration et de débilité. Le placenta pesait 280 grammes et ne présentait aucune lésion macroscopique.

L'opération césarienne, bien que pratiquée chez une femme décédée d'éclampsie convulsive, et malgré un très long délai a permis de donner naissance à un enfant vivant dont la mort ultérieure n'a été due qu'à sa grande débilité.

Il serait assez aisé de rapporter ici quelques observations d'interventions couronnées de succès. Toutes sont intéressantes à divers titres (maladies maternelles ayant retenti gravement sur le foetus, long délai d'extraction, grande prématuration foetale...).

De tels succès encouragent une attitude « interventionniste ».

Il semble donc légitime, toutes les fois que cela est possible, de rapprocher d'un centre chirurgical, après le sixième mois de grossesse, une parturiente irrémédiablement condamnée, et de préparer le sauvetage de l'enfant.

Si nous possédons bon nombre d'observations de césariennes post-mortem, les publications concernant les césariennes chez des malades agonisantes sont extrêmement limitées.

Les raisons en sont simples : ces interventions peuvent retentir gravement sur l'état maternel déjà critique, (l'aggravation occasionnée par l'agression chirurgicale est d'ailleurs loin d'être constante ainsi que nous le verrons plus loin), et elles posent en principe de nombreux problèmes médico-légaux, déontologiques, religieux. C'est cependant au stade agonique ou pré-agonique que l'accoucheur aura le plus de chances d'extraire un enfant vivant. Passé ce délai, l'exitus maternel n'est pas sans retentir fâcheusement sur la vitalité foétale.

CÉSARIENNES POST-MORTEM

| Auteurs - Années       | Causes de la mort maternelle<br>Morbidity associée                                       | Age de la grossesse           | Poids<br>du fœtus<br>Sexe |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| FLEURENT - 1932        | 15 <sup>e</sup> pare, 44 ans. Cardiopathie décompensée. Œdème jusqu'à la ceinture.       | A terme.                      |                           |
| HARRISSON - 1938       | Cardiopathie décompensée. Œdème, tachycardie.                                            | Grossesse gémellaire à terme. |                           |
| KELLY - 1956           | Cœur rhumatismal. Sténose mitrale serrée. O.A.P. Dyspnée cyanose.                        | Grossesse de 32 semaines.     | Fille<br>1.500 gr.        |
| HOUEL - 1960           | Hémoptysie foudroyante. Tuberculose pulmonaire gauche.                                   | 8 mois 1/2.                   | Fille<br>3.470 gr.        |
| HOUEL - 1960           | Embolie pulmonaire massive chez une cardiopathie mitrale.                                | 7 mois 1/2.                   | Garçon<br>1.970 gr.       |
| WEIL - 1953            | Anévrysme disséquant de l'aorte.                                                         | 8 <sup>e</sup> mois.          |                           |
| CHAPPAZ - 1950         | Tuberculose pulmonaire. Hémoptysie. Cachexie extrême. Ménin-<br>gite tuberculeuse. Coma. | 7 mois 1/2.                   | Fille<br>2.000 gr.        |
| PAILLIEZ - 1953        | Hémoptysie. Décès brutal.                                                                |                               |                           |
| KNOPP - 1955           | Tuberculose.                                                                             | 8 <sup>e</sup> mois.          |                           |
| TALISMAN - 1954        | Affection pulmonaire suraiguë. Dyspnée cyanose.                                          | Grande prématuration          |                           |
| KELLY - 1956           | Carcinome pulmonaire. Métastases. Dyspnée sévère O.A.P. Hémoptysie abondante.            | 36 semaines.                  | Fille<br>2.160 gr.        |
| LACOMME - 1939         | Primipare 25 ans. Eclampsie. Convulsions à répétition. Coma éclamptique.                 | 8 <sup>e</sup> mois.          | 1.450 gr.                 |
| PAILLIEZ - 1953        | Eclampsie du travail.                                                                    | A terme.                      |                           |
| VERMELIN, RIBON - 1956 | Eclampsie. Etat de mal. Hémorragie méningée. Apnée cyanose.                              | 8 <sup>e</sup> mois.          | Fille<br>2.850 gr.        |
| KNOPP. K. - 1955       | Eclampsie sans convulsions.                                                              |                               |                           |
| KNOPP. K. - 1955       | Eclampsie.                                                                               |                               |                           |

CÉSARIENNES POST-MORTEM

| Délai intervention après décès maternel                          | Etat de l'enfant à l'extraction                   | Mort rapide                   | Mort après 24 heures        | Devenir de l'enfant                                 |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------|
| Intervention immédiate en salle d'opération au moment du décès.  | Bon.                                              |                               |                             | Quitte le service 15 jours après. Bonne santé.      |
| 1 <sup>er</sup> enfant : immédiatement.                          |                                                   |                               |                             |                                                     |
| 2 <sup>e</sup> enfant : 7 minutes après décès.                   |                                                   |                               |                             | Les 2 enfants quittent le service. Bonne santé.     |
| 45 secondes après mort.                                          | Enfant réanimé.                                   |                               |                             | Suites bonnes.                                      |
| 5 minutes après le décès de la mère.                             | Enfant réanimé, crie deux minutes après.          |                               |                             | En bonne santé après deux mois.                     |
| 10 minutes après la mort de la mère.                             | Enfant réanimé, crie trois minutes après.         |                               |                             | Sortie 2 mois après en bonne santé.                 |
| Presque immédiate, malade hospitalisée.                          |                                                   |                               |                             | En bonne santé le 14 <sup>e</sup> jour.             |
| Intervention 3 minutes après décès. Oxygénation jusqu'à la mort. | Mort apparente, réanimé 10 mn après.              |                               |                             | Tuberculose pulmonaire. Guérison par antibiotiques. |
| Intervention rapide.                                             | Enfant vivant.                                    |                               |                             | Suites excellentes.                                 |
|                                                                  |                                                   | Décès après court intervalle. |                             |                                                     |
| Intervention immédiate, mère hospitalisée.                       |                                                   | Décès 20 minutes après.       |                             |                                                     |
| Intervention 3 minutes après décès. Oxygène jusqu'à la mort.     | Enfant réanimée, crie 2 minutes après.            |                               |                             | Bonne santé.                                        |
| 15 minutes après décès.                                          | Enfant réanimé.                                   |                               |                             |                                                     |
|                                                                  | Enfant mort.                                      |                               |                             |                                                     |
|                                                                  | Réanimé. Troubles respiratoires, Mvts convulsifs. |                               |                             | En bonne santé.                                     |
| Intervention immédiate.                                          |                                                   |                               |                             |                                                     |
| 3 minutes après décès                                            | Enfant réanimé.                                   |                               |                             | En bonne santé.                                     |
| 14 minutes après décès.                                          | Enfant réanimé.                                   | Décès 20 minutes après.       |                             |                                                     |
|                                                                  |                                                   |                               | Décès au bout de 48 heures. |                                                     |

CÉSARIENNES POST-MORTEM

| Auteurs - Années           | Causes de la mort maternelle<br>Morbidity associée            | Age de la grossesse                    | Poids<br>du fœtus<br>Sexe    |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------|
| VEHASKARI - 1958           | Crise éclamptique.                                            |                                        | 3.600 gr.                    |
| VEHASKARI - 1958           | Crise éclamptique.                                            |                                        | 3.000 gr.                    |
| SIMMONS, ELLIS - 1946      | Poliomyélite antérieure aiguë.<br>Atteinte bulbaire.          | Grossesse gémellaire<br>près du terme. | 1. 1.680 gr.<br>2. 1.660 gr. |
| SIMMONS, ELLIS - 1946      | Poliomyélite antérieure aiguë.<br>Atteinte bulbaire.          | Grossesse de 34 se-<br>maines.         | 2.800 gr.                    |
| CADERAS de KERLEAU<br>1954 | Poliomyélite forme bulbaire, oxy-<br>génation poumon d'acier. | 8 <sup>e</sup> mois.                   | 2.600 gr.                    |
| COTTE, BANSILLON - 1937    | Rachitisme, Bassin étroit. Anes-<br>thésie rachidienne.       | Grossesse à terme.                     | Garçon<br>4.150 gr.          |
| VERMELIN, RIBON - 1946     | Anesthésie rachidienne pour na-<br>lisme rachitisme.          | Grossesse à terme.                     | Fille<br>3.250 gr.           |
| WALKER - 1950              | Anesthésie rachidienne.                                       | Grossesse à terme.                     |                              |
| WALKER - 1950              | Anesthésie rachidienne.                                       | Grossesse à terme.                     |                              |
| BADEN -                    | Anesthésie rachidienne.                                       | Grossesse à terme.                     |                              |
| PAILLIEZ - 1953            | Syncope chloroformique.                                       |                                        |                              |
| KNOPP - 1955               | Sclérose multiloculaire.                                      | 8 <sup>e</sup> mois.                   |                              |
| CANTONI, RASORI - 1960     | Décès brutal. Origine indétermi-<br>née.                      |                                        |                              |

CÉSARIENNES POST-MORTEM

| Délai intervention après décès maternel                                  | Etat de l'enfant à l'extraction                                                                                             | Mort rapide                   | Mort après 24 heures                         | Devenir de l'enfant |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------|---------------------|
| 7 minutes après le décès de la mère.                                     | Enfant mort. N'a pu être réanimé.                                                                                           |                               |                                              |                     |
| 5 minutes après le décès de la mère.                                     |                                                                                                                             |                               |                                              | En bonne santé.     |
| 45 secondes après le décès de la mère.                                   | 1 <sup>er</sup> jumeau : crie aussitôt, gêne respiratoire.<br>2 <sup>e</sup> jumeau : mort apparente, ne peut être réanimé. |                               | Décès le 13 <sup>e</sup> jour. Pneumopathie. |                     |
| 30 secondes après décès, oxygénée jusqu'à la mort.                       | Crie aussitôt.                                                                                                              |                               |                                              | En bonne santé.     |
| Au moment même du décès. Oxygénation.                                    |                                                                                                                             |                               |                                              | En bonne santé.     |
| Intervention immédiate, malade en salle d'intervention.                  | Enfant réanimé.                                                                                                             |                               |                                              | En bonne santé.     |
| Intervention immédiate, malade en salle d'intervention.                  | Enfant crie aussitôt.                                                                                                       |                               | Décès au 3 <sup>e</sup> jour.                |                     |
| Intervention immédiate, malade en salle d'intervention.                  | Enfant crie aussitôt.                                                                                                       |                               |                                              | En bonne santé.     |
| Intervention immédiate, malade en salle d'intervention.                  | Enfant réanimé.                                                                                                             |                               |                                              | En bonne santé.     |
| Intervention immédiate, malade en salle d'intervention.                  |                                                                                                                             |                               |                                              | En bonne santé.     |
| Intervention rapide.                                                     | Enfant mort.                                                                                                                |                               |                                              |                     |
|                                                                          |                                                                                                                             | Décès après court intervalle. |                                              |                     |
| Intervention 45 minutes après la mort clinique. Oxygène depuis le décès. | Enfant réanimé.                                                                                                             |                               |                                              |                     |

Quelques observations d'intervention pré-mortem sont célèbres, et nous reproduisons quelques-unes d'entre elles.

## PREMIÈRE OBSERVATION

MM. DIGONNET ET BRET - 1942

Césarienne ante-mortem au cours d'une apoplexie séreuse

Mme F... - 27 ans. N'a présenté aucune maladie grave dans ses antécédents. Par contre, ses antécédents obstétricaux sont très chargés.

Premier enfant, porteur d'une spina bifida. Mort en huit jours. Le deuxième enfant était normal. La troisième grossesse a été spontanément interrompue à quatre mois.

Bien que la gestation actuelle fût assez avancée et près du terme, et ait eu une évolution absolument normale, malgré la négativité des réactions sérologiques, ces épisodes obstétricaux légitimèrent un traitement antisyphilitique.

Le 13 Avril 1943, la malade reçoit une première injection intraveineuse de 0 g 15 de Novarsenobenzol, le 14 Avril 0 g 30, et le 16 Avril 0 g 45 de Novar, plus une injection intramusculaire de Bivatol.

Le 20 Avril 1943, malade hospitalisée à l'Hôpital Tenon pour céphalées et amblyopie. Température 36°6. Tension artérielle 10-7. Les urines sont normales. On fait une ponction lombaire : le liquide est très légèrement xanthochromique, non hypertendu. On y trouve 1 g 80 d'albumine et 2 lymphocytes par mm<sup>3</sup>. Les réactions de Weinbrecht et Pandy sont positives. La réaction de Benjoin colloïdal donne les résultats suivants : 00222212222 000. L'urée sanguine est à 0 g 25.

Dans la soirée, rachialgies et vomissements alimentaires et bilieux apparaissent.

Le 21 Avril, la malade est calme, mais présente une torpeur progressive, la température est à 38° le pouls à 108.

Il n'y a aucun signe méningé, mais un signe de Babinski bilatéral.

En fin de matinée, la malade est admise à la maternité.

Nous sommes amenés à l'examiner à ce moment : la malade est dans un coma vigile, le faciès est vultueux. La notion de traitement arsenical antérieur fait peser aussitôt le diagnostic d'apoplexie séreuse, et l'on s'attache désormais à l'examen de l'utérus et de son contenu.

La hauteur utérine est de 32 cm ; le dos à gauche, la tête en bas, les bruits du cœur fœtaux sont réguliers, bien frappés. Il n'y a aucun signe de travail ; on décide d'intervenir.

A 13 h 45 on fait une opération césarienne basse (Dr BRET) qui donne naissance à un garçon de 3.040 grammes, criant aussitôt ; le segment inférieur est mal formé. Mais l'utérus ne présente pas d'œdème.

La femme meurt dans la soirée à 22 h 30.

L'autopsie a montré l'existence d'une infiltration œdémateuse diffuse : poumon, foie, cerveau. Le foie, en particulier, était très œdématisé et gar-

dait l'empreinte des doigts. Le cerveau présentait un piqueté hémorragique.

L'enfant s'est particulièrement bien élevé et pesait 4.400 grammes à trois mois.

## DEUXIÈME INTERVENTION

M. MERGER - 1950

Césarienne ante-mortem pour tuberculose pulmonaire  
et méningite tuberculeuse

Une primipare de 24 ans est venue consulter pour la première fois à la Maternité de l'Hôpital de Créteil, au quatrième mois de sa grossesse, le 28 Juin 1946.

En 1943, une lésion pulmonaire gauche avec expectoration bacillifère a été découverte. Séjour en sanatorium jusqu'en Août 1945. Un pneumothorax a été créé et entretenu. A la sortie du sanatorium, les crachats ne contiennent plus de B.K. Cette malade est hospitalisée à la maternité dès sa première consultation. Les crachats fourmillent de B.K. Sous la clavicule droite existe une cavité de grande taille. La malade est alors transférée dans le service de Phtisiologie de Créteil, où malgré un traitement attentif, elle se cachectise de plus en plus.

Le 9 Octobre, elle revient à la maternité avec un syndrome méningé typique, clinique et cytologique. Le fœtus est vivant mais petit. Le 21 Octobre, la malade, dans un demi-coma est sur le point de succomber. Pressentant la mort, elle demande qu'on essaie de sauver son enfant.

Avec l'assentiment du mari, sous anesthésie générale, on pratique une césarienne corporéale. On extrait une fille criant dès sa naissance, pesant 1.600 grammes, de la longueur d'un fœtus de 8 mois, d'aspect débile. Le placenta est macroscopiquement normal. La femme meurt quatre heures après l'intervention. L'enfant placé en incubateur est rigoureusement soustrait à toute contamination post-natale. Il est nourri au lait de femme associé au babeurre. La chute de poids est régulière et lente, puis la courbe remonte régulièrement.

L'aspect de l'enfant est satisfaisant jusqu'au 13 Novembre. A cette date, sa température qui était normale s'élève, et l'enfant meurt en hyperthermie le 22 Novembre, sans que l'examen clinique ait permis de déceler de foyer infectieux pulmonaire, digestif ou otitique. L'autopsie a montré une hypertrophie du foie, des granulations disséminées dans le foie, la rate et les poumons. L'examen histologique a prouvé l'existence d'une tuberculose massive avec follicules nécrotiques au centre desquels était un lacis de B.K.

Cette observation est un fait exceptionnel de transmission directe du B.K. par voie trans-placentaire.

CÉSARIENNES ANTE-MORTEM

| Auteurs - Années | Causes de la mort maternelle<br>Morbidity associée                                              | Age de la grossesse                     | Poids<br>du fœtus<br>Sexe |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------|
| DIGONNET - 1943  | Apoplexie séreuse consécutive à<br>l'emploi du novarsenobenzol.                                 | Grossesse près du<br>terme, H.U. 32 cm. | Garçon<br>3.040 gr.       |
| MERGER - 1946    | Primipare 24 ans. Tuberculose<br>pulmonaire excavée. Cachexie.<br>Méningite tuberculeuse. Coma. | 8 <sup>e</sup> mois.                    | Fille<br>1.600 gr.        |
| LEROUX - 1950    | 14 <sup>e</sup> pare, 38 ans. Coma éclam-<br>ptique, H.T.A.                                     |                                         | 1.350 gr.                 |
| GANJOUX - 1955   | Cancer du sein. Métastases ra-<br>chidiennes. Signes de souffrance<br>fœtale.                   | 8 <sup>e</sup> mois.                    | 2.260 gr.                 |

CÉSARIENNES ANTE-MORTEM

| Devenir de la mère                            | Etat de l'enfant<br>à l'extraction          | Mort rapide | Mort après<br>24 heures | Devenir de l'enfant                                                  |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Décès maternel 7 h.,<br>après l'intervention. | L'enfant crie aussitôt.                     |             |                         | Bonne santé par la<br>suite.                                         |
| Décès maternel 4 h.<br>après l'intervention.  | Crie immédiatement.<br>Débilité importante. |             |                         | Décès 20 jours après<br>Granulations tubercu-<br>leuses disséminées. |
| Décès maternel pen-<br>dant l'intervention.   | Enfant né vivant.                           |             |                         | En bonne santé 2 ans<br>1/2 après.                                   |
| Décès maternel 4 h.<br>après l'intervention.  | Enfant réanimé.                             |             |                         | En bonne santé par la<br>suite.                                      |

Aux observations mondiales publiées, nous nous permettons d'ajouter :

**10 interventions**, qui se répartissent ainsi :

9 d'entre elles ont été pratiquées au Centre Ed.-Herriot de Lyon

dont 5 post-mortem,

et 4 chez des malades en danger de mort imminente,

et 1 intervention pré-mortem effectuée à la Maternité de Dijon.

---

## INTERVENTIONS CÉSARIENNES POST-MORTEM ET INTERVENTIONS CÉSARIENNES PRATIQUÉES CHEZ DES MALADES AGONISANTES

---

**10 interventions :** 5 au stade agonique, 5 post-mortem.

a) **Interventions au stade agonique :** 5 interventions.

Tumeurs cérébrales : 2 interventions, 2 enfants vivants (toujours en vie).

Tumeur du sein (avec métastases multiples) : 1 intervention, 1 enfant vivant (décédé 5 jours après).

Blessures multiples : 1 intervention, 1 enfant mort-né (survie maternelle).

Traumatisme crânien : 1 intervention, 1 enfant vivant (toujours en vie).

b) **Interventions post-mortem :** 5 interventions.

Décès après rachi-anesthésie : 1 intervention, 1 enfant vivant (toujours en vie).

Décès après infiltration lombaire : 1 intervention, 1 enfant vivant (toujours en vie).

Décès après hémorragie cataclysmique. Placenta prévia : 1 intervention, 1 enfant mort-né.

Décès après hémorragie cérébro-méningée : 1 intervention, 1 enfant non réanimé.

Décès par insuffisance respiratoire aiguë (broncho-pneumonie chez une insuffisance respiratoire chronique) : 1 intervention, 1 enfant vivant (pendant 5 heures).

---



## CÉSARIENNES POST-MORTEM

---

### PREMIÈRE OBSERVATION - MAI 1937

MM. VORON - BROCHIER - AMBRE

2° Geste - 30 ans.

A subi il y a quatre ans une basiotripsie pour son premier accouchement.

Nouvelle grossesse à terme le 16 Mai 1937. Son bassin est un aplati généralement rétréci de 7,5 de diamètre utile. On lui propose une hystérotomie au début du travail. La malade entre en travail le 12 Mai 1937, et on décide une hystérotomie immédiate.

Tension artérielle  $11,5 \times 8$ . Préparation habituelle par éphédrine et morphine.

Rachi-anesthésie selon la technique habituelle avec 10 centigrammes de scurocaïne poussée lentement en 3 minutes.

Malade placée doucement en décubitus dorsal.

Collapsus brutal une minute après la fin de la rachi-anesthésie et mort presque immédiate.

Deux injections d'adrénaline intra-cardiaque et massage trans-diaphragmatique du cœur ne donnent aucun résultat.

On ausculte à ce moment les bruits du cœur fœtaux qui sont trouvés aux alentours de 50.

Asepsie rapide de la paroi, césarienne post-mortem, permettant d'extraire un enfant étonné de 3.550 grammes qui crie assez rapidement.

Suites excellentes en ce qui concerne l'enfant.

## DEUXIÈME OBSERVATION - JUIN 1949

S... Observation N° 1.170

29 ans.

Antécédents : un enfant vivant mais déjà à l'occasion de cette première grossesse, placenta prævia latéral qui saigne à dilatation complète.

Nouvelle grossesse. Accouchement prévu le 10 Juin.

Cette grossesse évolue sans incidents d'aucune sorte jusqu'au 20 Mai, date à laquelle la gestante est inquiétée par une petite hémorragie de sang rouge, survenant d'une façon inopinée sans manifestation douloureuse. Elle entre au service le 21.5.49 pour cette raison, et le diagnostic de placenta prævia latéral gauche est porté. Le 24.5.49 la malade sort du service, car l'hémorragie a complètement rétrocedé, mais il lui est conseillé de revenir quelques jours avant son terme ou au moindre signe d'hémorragie.

Le 10.6.49, perte de connaissance brutale à son domicile, avec agitation importante, mais sans hémorragie. La malade est hospitalisée d'urgence, mais l'hémorragie débute peu avant le départ, devient dramatique au cours du trajet en ambulance, qui demande trois-quarts d'heure. Aucune action directe ne peut être entreprise sur le placenta car le col est fermé. A l'arrivée dans le service, malade exsangue ne saignant plus. Pas de pouls périphérique, quelques mouvements convulsifs. En attendant l'accoucheur de garde, on fait rapidement une perfusion de sang conservé par voie fémorale avec morphine et camphre. On n'entend plus les bruits du cœur foetaux. Cinq minutes plus tard, la femme décède malgré une ultime adrénaline intra-cardiaque.

Une césarienne post-mortem est pratiquée presque aussitôt, qui extrait un enfant mort de 3.800 grammes.

L'ablation du placenta montre qu'il s'agit d'un placenta prævia latéro-postérieur gauche, débordant sur le col. Ce dernier n'est pas perméable au doigt.

Note : La malade est décédée à la suite d'une hémorragie cataclysmique, mais le fait que cette hémorragie ait été précédée de phénomènes nerveux graves, peut être en rapport avec une embolie dans le territoire cérébral. Toujours est-il que l'hémorragie n'a débuté que plus d'une heure après les accidents nerveux.

### TROISIÈME OBSERVATION - DÉCEMBRE 1955

Mme L... Observation 2.779

20 ans - Primigeste. Dernières règles : 14 Mars.

Accouchement prévu le 24 Décembre.

Elle entre au service le 24 Décembre 1955. Il s'agit d'une présentation du sommet, la tête est fixée, les membranes sont intactes.

Occipito-iliaque gauche. Bon segment inférieur. Dilatation de 1 centimètre à 4 heures, 3 centimètres à 8 h 30, 4 centimètres à 11 h, 5 centimètres à 12 h 30. C'est à ce moment qu'on pratique une infiltration lombaire mais deux minutes après l'infiltration, la malade présente un malaise important suivi d'une mort rapide à 13 heures.

Une césarienne post-mortem est pratiquée aussitôt, qui permet d'extraire une fille de 3.400 grammes en état de mort apparente, mais qui revient au bout de 10 minutes avec les soins de réanimation.

Suites excellentes en ce qui concerne l'enfant, qui sort du service le 7 janvier 1956.

Les examens de laboratoire précisent la présence de nupercaine dans le liquide céphalo-rachidien de la malade.

### QUATRIÈME OBSERVATION - SEPTEMBRE 1958

Mme C... Observation 2.046 bis

Primigeste de 29 ans. A terme le 25 Novembre 1958.

Elle entre en urgence le 9.9.58, avec le diagnostic de coma éclamptique. En fait, il n'existe absolument aucun œdème ; il n'y a pas d'albuminurie dans les antécédents immédiats et sa tension artérielle est normale à 12.

Le 8 Septembre 1958, sans prodromes bien nets, perte de connaissance brutale avec coma accompagné de plusieurs crises convulsives traitées à la maternité de Villefranche par une anesthésie au Nesdonal.

La malade est dirigée sur le service, le 9 Septembre, où elle arrive à 9 heures. Le mari déclare qu'il n'a jamais observé de crise ou de pertes de connaissance antérieures. A l'examen : coma

profond, respiration stertoreuse, tension artérielle maxima à 12, sans œdème périphérique ni albuminurie. Col fermé. Aréflexie tendineuse et Babinski bilatéral; raideur très discrète de la nuque.

Le fond d'œil montre un flou bilatéral du bord papillaire.

On porte le diagnostic d'hémorragies cérébro-méningée qui sera confirmé à l'autopsie pratiquée dans le service de neurologie, où la malade est alors transférée et où elle meurt rapidement.

Une césarienne post-mortem immédiate est pratiquée. L'enfant de 1.400 grammes n'est pas ranimé.

## CINQUIÈME OBSERVATION - AVRIL 1963

Mme D... Observation 921

### 4<sup>e</sup> Part.

Antécédents : en 1945, un accouchement spontané à 6 mois et demi avec décès de l'enfant. Pleurésie gauche après l'accouchement, nécessitant un extra-pleural gauche.

En 1950, accouchement spontané à terme d'un enfant de 3.200 grammes.

En 1952, intervention pour kyste de l'ovaire gauche.

En 1956, accouchement spontané à terme d'un enfant de 3.700 grammes en bonne santé.

En 1960, survenue d'un épanchement purulent bacillifère, nécessitant par la suite une thoracoplastie supérieure gauche, de la première à la cinquième côte. A la suite de cette intervention, insuffisance respiratoire chronique avec dyspnée permanente.

Nouvelle grossesse, dernières règles le 12.9.62. Accouchement prévu : Juin 1963.

Symptomatologie fonctionnelle pulmonaire s'exagérant au cours de la grossesse avec dyspnée et expectoration abondante. Depuis sa thoracoplastie, la malade est restée bronchorrhéique, bien que sa bacillose ne paraisse pas évolutive, mais à l'exploration fonctionnelle respiratoire, existe une amputation de 50 % de la capacité vitale.

La malade arrive mourante au service en insuffisance respiratoire aiguë, consécutive à une inondation de l'arbre trachéo-

bronchique due à une vomique purulente créée par une broncho-pneumonie diffuse prédominante sur le poumon gauche. (Vérification du 19.4.63).

A l'examen d'entrée, la malade est asphyxique, agonisante, les bruits du cœur fœtaux sont entendus. Avant même l'arrivée de l'anesthésiste et de l'O.R.L. qui devait pratiquer une trachéotomie, la malade décède.

Césarienne post-mortem immédiate qui permet d'extraire un enfant de 2.020 grammes criant au bout de 30 secondes.

Fermeture de la paroi et du muscle utérin en un plan. On palpe le cœur par voie abdominale trans-diaphragmatique : il est contracturé.

Le nouveau-né n'a survécu que cinq heures. Exitus malgré la thérapeutique, le 18.4.63 à 17 heures.

---



## CÉSARIENNES PRATIQUÉES CHEZ DES MALADES AGONISANTES

---

### PREMIÈRE OBSERVATION - FÉVRIER 1951

#### Observation 229 - (Monsieur PIGEAUD)

Madame P... - Multigeste de 38 ans qui a présenté trois accouchements spontanés plus un avortement.

Dernières règles le 25 Juin 1950. Accouchement prévu le 5 Avril 1951.

Tumeur cérébrale apparue au cours de la grossesse, s'étant manifestée au mois de Novembre 1950 par des crises comitiales, mais ayant débuté par un scotome central et des troubles de la vue, à type de diplopie.

M. PIGEAUD, consulté fin Décembre 1950, élimine formellement une intoxication gravidique.

Elle est hospitalisée le 4 Février 1951 pour un coma apparu à 6 heures. L'examen d'entrée montre un coma profond, un faciès vultueux, une température à 37,8. L'abolition de la sensibilité n'est pas complète.

Il s'agit d'une grossesse de 7 mois. Hauteur utérine 28 centimètres. Présentation occipito-iliaque droite mobile ; les bruits du cœur sont audibles et normaux. Col long et fermé.

Une césarienne d'urgence est décidée dans un but de sauvegarde fœtale.

Anesthésie locale et 40 cc<sup>3</sup> de sérum glucosé hypertonique intraveineux le 4 Février 1951, à 18 heures. La malade est toujours comateuse. Hystérotomie basse segmentaire classique avec incision longitudinale de l'utérus. Extraction sans difficulté d'un fœtus de 2.300 grammes qui crie aussitôt. Délivrance manuelle. L'intervention est peu hémorragique et elle n'aggrave pas l'état maternel.

Le lendemain de l'intervention, la malade est lucide, l'élocution

est lente. Etat stationnaire pendant quinze jours. Suites opératoires simples, mais apparition le huitième jour d'un œdème papillaire bilatéral.

La malade entre le 22 Février dans le service de neurochirurgie, pour y subir une intervention d'exérèse.

Intervention sous anesthésie locale : volet temporo-occipital gauche ; cerveau très tendu ; circonvolutions aplaties sans modifications corticales. Diverses ponctions restent négatives. Exploration prudente de la base ; pas de lésion extra-cérébrale. Etant donné le caractère de gliome infiltrant, on s'abstient de toute tentative d'exérèse. La dure-mère est laissée ouverte, le volet rabattu, suturé sans drainage. En fin d'intervention, la malade est aussi loquace et agitée qu'au début. Elle n'a présenté le moindre choc.

Décès le lendemain.

Quant à l'enfant, il s'agit d'une fille de 2.300 grammes qui a crié aussitôt. Elle est sortie du service en bonne santé, pesant 2.800 grammes le trente-quatrième jour.

Il faut insister sur l'amélioration très sensible de la malade après l'intervention césarienne car le lendemain la malade n'est plus dans le coma, mais l'état stuporeux persiste, l'élocution est lente, cependant la malade répond correctement à toutes les questions. Cette amélioration persiste jusqu'au 8.2.51, puis, l'état psychique tend à devenir confusionnel, les suites locales sont très simples.

## DEUXIÈME OBSERVATION - MAI 1956

### Observation 1.179 - (Monsieur PIGEAUD)

Résumé de l'observation : une césarienne antérieure pour présentation de l'épaule.

Convulsion et coma à la fin du huitième mois de grossesse, consécutifs à une tumeur cérébrale.

Césarienne un mois avant terme donnant naissance à un nouveau-né débile.

Suites chirurgicales simples. Six jours après l'intervention, aggravation des troubles neurologiques et décès.

Histoire de la maladie : il s'agit d'une multipare de 32 ans,

présentant depuis le 22 Mai un syndrome neurologique aigu avec état pseudo-comitial alternant avec des phases de coma, évoquant une tumeur cérébrale qui ne peut être affirmée formellement.

Par ailleurs, grossesse de huit mois en présentation transversale avec bassin aplati pur n'expliquant pas la présentation de l'épaule actuelle. (Cette malade a déjà subi une césarienne pour une présentation identique en 1953).

Etant donné la présentation, les signes de souffrance fœtale (bruits du cœur irrégulier), et le syndrome cérébral gravissime, on décide de pratiquer une hystérotomie sous anesthésie locale.

Technique : incision facile des plans superficiels et péritonéal. Pas d'adhérence utéro-pariétale. Décollement du péritoine sur la région segmento-corporéale basse où il existe un début de déhiscence de la paroi.

Césarienne segmento-corporéale. On tombe sur le placenta que l'on décolle pour rompre les membranes et extraire facilement par version podalique un garçon de 2.000 grammes qui crie rapidement. Délivrance artificielle. Pas d'éperon intra-utérin. Fermeture totale sans incident.

Léger shock quand, après anesthésie locale et extraction fœtale, on passe au Nesdonal. On termine par une anesthésie générale à l'éther.

Le 25.5.56, nourrisson débile, teint gris et gémissant. La ponction lombaire ramène un liquide clair.

Le 26.5.56, l'enfant donne l'impression d'avoir souffert du traitement subi par la mère (administration de barbituriques à haute dose pour faire cesser les crises convulsives).

Le 30.5.56, l'enfant est en bon état et passe à l'Hôpital Debrousse le 2 Juin, où il en sort le 4.8.56, en bonne santé.

En Mai 1959, très bon état général, excellente santé.

Quant au devenir maternel, il faut insister sur l'amélioration relative de son état dès après l'intervention. Elle est beaucoup moins obnubilée et les crises convulsives sont beaucoup moins fréquentes.

Le 30.5.56, hypertermie, coma, délire, mais aucune complication abdominale. Elle est emmenée mourante par la famille le même jour.

Ces deux observations présentent un intérêt capital.

Décidée dans un but de sauvegarde fœtale, l'opération césa-

rienne n'a amené aucune aggravation de l'état maternel, mais bien au contraire, les suites opératoires immédiates ont été excellentes, et il faut insister sur la transformation immédiate de l'état maternel obtenu par la césarienne.

En aucune façon l'état maternel n'a été aggravé par l'intervention ; il ne s'agit donc pas là du sacrifice de la mère, au seul profit du fœtus, puisque les deux en ont été bénéficiaires.

### TROISIÈME OBSERVATION - OCTOBRE 1960

#### Observation 2.282 bis

Césarienne d'urgence ante-mortem le 1<sup>er</sup> Octobre 1960 au Centre Léon Bérard.

Mme D..., 30 ans - 5<sup>e</sup> pare - Métastases multiples d'un cancer du sein.

Petite tumeur du sein apparue deux ans auparavant. Le 5 avril 1960, la malade est envoyée par son médecin au Centre Léon Bérard, où elle y subit une ablation du sein et une ovariectomie.

Dernières règles fin février 1960. Accouchement probable fin novembre 1960.

Intervention pré-mortem le 1<sup>er</sup> Octobre 1960 à 10 heures.

Césarienne segmentaire transversale sous anesthésie locale qui donne naissance à un garçon de 1.600 grammes, grand débile mais d'assez bon aspect, sans troubles cardiaques ni respiratoires.

La malade décède quelques heures après l'intervention le 2 Octobre 1960.

Quant au nouveau-né, il décède le 5 Octobre 1960, au cinquième jour.

### QUATRIÈME OBSERVATION - DÉCEMBRE 1961

#### Observation 2.779

Césarienne pratiquée à l'Infirmierie de porte

Madame S... - 9 geste - Accouchement probable vers le 15 Février.

Elle est amenée d'urgence le 4 Décembre 1961 dans un état

hypergrave : coups de couteau multiples occasionnant une plaie pleurale gauche et de multiples plaies abdominales. Malade dans un état désespéré.

Une intervention est pratiquée d'extrême urgence à l'infirmerie de porte :

1° Mise en place d'un drain dans la cavité pleurale.

2° Intervention abdominale par incision xyphopubienne : suture de multiples plaies abdominales, de deux plaies gastriques et d'une plaie diaphragmatique gauche.

3° Césarienne fundique pratiquée pour essayer de sauver cet enfant et dégager le champ opératoire. Extraction d'un enfant mort dans un état de contracture extrême (fille de 2.450 grammes).

Il persiste une hémorragie de la région sous-hépatique.

Il existe une cholécystotomie provoquée par un coup de couteau.

Il est impossible d'assurer l'hémostase, et l'on pratique après le passage de 21 flacons de sang, une hépatectomie droite. Au total, cette malade a reçu 40 flacons de sang.

Après cette intervention d'une durée totale de neuf heures, les suites opératoires ont été relativement simples, caractérisées par la nécessité de deux ponctions pleurales et par l'évacuation spontanée d'un hématome de la loge hépatique.

Cette observation césarienne, au stade agonique, suivie de survie de la mère, est la seule que nous possédons.

Cette malade est arrivée exsangue, anoxique, en état de choc au Centre Hospitalier, et son état gravissime a été la cause du décès de l'enfant. Seule une intervention d'extrême urgence, et la mise en route d'une très importante thérapeutique de réanimation ont permis le sauvetage maternel.

## CINQUIÈME OBSERVATION - 15 DÉCEMBRE 1963

M. M. BARON - Maternité de DIJON

Traumatisme crânien

Mme P... - A terme, ayant ressenti les premières douleurs, se rend en voiture à la maternité de Dijon.

Au cours de son voyage, accident entraînant un traumatisme crânien avec fracture pariétale et coma.

Dans la première phase de son coma, l'accidentée est agitée et on perçoit très bien les contractions utérines. A 17 heures, la dilatation est à 2 francs, puis la femme entre dans un coma profond pré-mortem et le travail n'avance plus ; à 22 heures, la dilatation est toujours à 2 francs. L'indication de césarienne est portée. C'est une fois l'intervention terminée que la femme meurt. Il n'y a pas eu d'anesthésie.

Quant à l'enfant, il est dans un état de mort apparente à sa sortie. On le désobstrue, on l'aspire, et il crie environ trois minutes après. C'est un garçon de 2.760 grammes, les suites de sa naissance sont bonnes et actuellement cet enfant va très bien.

---

## CONCLUSIONS

---

Connues depuis l'antiquité, les césariennes pré et post-mortem couronnées de succès étaient considérées comme des exercices de haute virtuosité, des caprices de la nature et de simples curiosités médicales.

Actuellement, et surtout depuis que les soins apportés aux grands prématurés sont bien codifiés, les succès de ces interventions se multiplient :

**Sur les 5 césariennes pratiquées chez des malades en danger de mort immédiat**, présentées dans ce travail, **4 ont donné naissance à un enfant vivant**, dont 1, décédé 5 jours après l'intervention.

**Sur les 5 césariennes post-mortem**, **3 ont donné le jour à un enfant vivant**, dont 1, décédé 5 heures après son extraction.

Il semble donc légitime de les tenter, à chaque fois que la viabilité foetale est acquise.

La survie de l'enfant paraît être fonction de facteurs complexes : rapidité de l'intervention, causes de la mort maternelle, prématuration, persistance chez l'enfant d'un état infectieux après son extraction.

Les césariennes post-mortem peuvent, sauf de rares exceptions, être rarement pratiquées avec la précocité désirable et la période agonique aggrave considérablement la mortalité foetale.

L'intervention en période agonique ou pré-agonique donne au fœtus le maximum de chances. Pour la mère, il existe cependant un risque certain d'aggravation de son état, qui est difficile à préciser en raison du contexte déjà sévère. Mais cette aggravation de l'état maternel est loin d'être constante puisque, sur les 5 observations d'intervention rapportées, 3 ont vu une amélioration post-opératoire incontestable, transitoire pour deux d'entre elles, avec survie durable pour l'une.

Les césariennes post-mortem, mais surtout celles pratiquées au stade agonique, posent à la conscience du médecin de nombreux problèmes juridiques, théologiques, déontologiques, et médico-légaux. Pour les césariennes faites chez de très grandes malades, l'avis de la famille doit être sollicité, mais le médecin reste seul juge de la décision et au besoin, peut imposer une intervention en recourant à l'autorité judiciaire.

A la suite de discussions à la Société d'Obstétrique de Lyon (Mars 1958), et d'un vœu formulé à l'unanimité par les Membres de cette Société, il semble que la question soit éclaircie sur le plan pratique et que l'avis du Procureur de la République, sollicité dans certains cas difficiles, puisse autoriser le médecin à passer outre à un avis familial, manifestement sans fondement sentimental.

En conclusion, malgré les échecs et les problèmes posés, ces interventions sont parfaitement justifiées.

Vu et Permis d'imprimer.

LYON, le 8 Février 1964

Vu et approuvé :

Le Doyen,  
J.F. CIER

Le Président de la Thèse,  
H. PIGEAUD

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,  
P. LOUIS.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- BEHNEY C.A. — Cesarean section delivery after death of the mother. *Journal American Med. Assoc.*, 1961, 176-7, 617-619.
- CADERAS DE KERLEAU J. et DURAND G. — Poliomyélite grave, césarienne post-mortem. Enfant vivant. *Bulletin de la Fédération de la Société de Gynécologie et obstétrique*. Tome 6, N° 3, 1954, p. 313.
- CANTONI A. et C. RASORI. — An exceptional case of cesarean section post-mortem with survival of the foetus. *Ann. Ost. Gynec.*, 1960, 82-1, 3134.
- CHAPPAZ G. et DAZY R. — Césarienne post-mortem à sept mois et demi après méningite tuberculeuse. Enfant vivant. *Bulletin Ass. Gyn. et Obst.*, Tome 2, N° 4, 1950, p. 416.
- CHAPPAZ G. — *Revue française de gynécologie et obst.*, 1950, p. 207.
- CONTAMIN. — Problème médico-légal de la césarienne pour la sauvegarde de la vie de l'enfant malgré l'opposition des parents. *Bulletin de la Fédération de Gynécologie et d'Obstétrique* (1958). Séance de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon du 3 Mars 1958.
- COTTE et BANSILLON. — Un cas de mort rapide au début d'une rachianesthésie pratiquée chez une femme en travail. Enfant vivant. *Société d'Obstétrique et Gynécologie de Lyon*. Tome 26, N° 7, p. 589.
- DIGONNET et BRET. — Césarienne ante-mortem au cours d'une apoplexie séreuse. Enfant vivant. *Gynécologie et obstétrique*, 1942-1943, p. 166.
- DUER E. — *American journal obst.*, 12, 1, 1879.
- EASTMAN N.J. — Editorial comment. obst. et gynéc. *Surv.* 4, 1949, 665. Editorial comment. obst. et gynéc. *Surv.* 6, 1951, 538.
- FERMANN D. — Cesaria post-mortem. *Matern. E. Inf.*, 1951, 10/5-6, 207-218.
- FLEURENT. — Section césarienne post-mortem, avec enfant vivant. *Gynécologie et obstétrique*, 1934, p. 391.
- GAUJOUX E., et BEDENITTINI A.J. — Césarienne ante-mortem pour métastase rachidienne. *Bulletin de la Fédération de Gynécologie et Obstétrique*. Tome 7, N° 1, 1955, p. 69.

- GREENHILL J.P. — Principles and Practice of Obstetrics. Ed. 9. Philadelphia, 1947.
- HARRISSON D.A. Jr, SHELTON J.H. et CARRITHERS C.M. — Post-mortem cesarean section in twin pregnancy with delivery of two living babies. Journal of the American Association, Tome 110, N° 25, 18 Juin 1938.
- HOUEL E., WAHL P., JAHIER J. et BELAICHE S. — Deux césariennes post-mortem avec enfants vivants. Bulletin de la fédération de la Société d'obstétrique et gynécologie. Tome 12, N° 3, Juin-Juillet 1960.
- KELLY John V. et WINSTON Hebert G. — Successful post-mortem cesarean section. American journal of Obstetric and gynec., Juillet 1956, p. 203-207.
- KNOPP K. — Über die Section Caesarea in Mortua et in Moribunda. Zbl. Gynäk., 1955, 77-1, 15-22.
- LACOMME, ALBOT G. et COHEN A. — Césarienne post-mortem à la suite d'éclampsie convulsive. Enfant vivant. Bulletin de la Société de Gynécologie, Tome 28, 1939, N° 6, p. 393.
- LATTUADA H.P. — Am. Journal Surg., 84, 212, 1952.
- LEROUX M. — Césarienne in extremis dans un cas d'éclampsisme. Bulletin de la Fédération de Gynécologie et d'Obstétrique, Tome 4, N° 2, 1952, p. 402.
- MERGER. — Césarienne pré-mortem pour tuberculose pulmonaire et méningite tuberculeuse. Bulletin de l'Association Gynéc. et Obst., Tome 2, N° 4, 1950, p. 417.
- PAILLIEZ R., COTTEEL P., DELECOUR M. et BAUCHANT M. — A propos de trois césariennes post-mortem. Bulletin de la Fédération de la Société de Gynécologie et Obstétrique, Tome 5, N° 4, 1953, p. 455.
- SIMMONS J.M. et ELLIS H.B. — Césarienne après mort par poliomyélite antérieure aiguë. Amer. Journal Obst. Gyn., Mars 1943, N° 3, p. 603.
- SULLIVAN Ch. — Post-mortem Cesarean Section. American Journal of Obst. et Gyn., 1957, 1, p. 693.
- TALISMAN M.R. Post-mortem Cesarean Section. American Journal Obst. et Gyn., 1954, 68/2, 717-719.
- VEHASKARI. — Sectio caesarea in mortua. Ann. Chir. et Gyn. Fenniae, 1958, Vol. 48, Suppl. 81, p. 271 à 282.
- VERMELIN H., RIBON M. et BRAYE M. — Deux cas de césarienne post-mortem. Bulletin de Gynécologie et Obstétrique de langue française, Tome 9, 1957, p. 209.
- WHITESIDE G.W. — American Journal Obst., 73, 105, 1916.
-

## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                                                                                                               |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Introduction - Historique .....                                                                                                               | 15 |
| Aspect médico-légal .....                                                                                                                     | 17 |
| Anatomie pathologique du fœtus extrait par césarienne ante et post-mortem .....                                                               | 19 |
| Etude statistique .....                                                                                                                       | 25 |
| Etude des principaux facteurs intervenant dans la viabilité fœtale après intervention césarienne ante et post-mortem .....                    | 31 |
| Tableaux récapitulatifs .....                                                                                                                 | 40 |
| A propos de 5 observations de césariennes post-mortem et de 5 autres observations de césariennes pratiquées chez des femmes agonisantes ..... | 49 |
| Conclusions .....                                                                                                                             | 63 |
| Bibliographie .....                                                                                                                           | 65 |

---





